



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
**République Algérienne démocratique et populaire**  
المجلس الوطني لأخلاقيات طب الأسنان  
**Ordre National des Médecins Dentistes**  
المجلس الجهوي لأخلاقيات طب الأسنان الجزائر  
**Ordre Régional des Médecins Dentistes d'Alger**

Alger, le : ...../...../.....

## **LICENCE DE REMPLACEMENT**

Le président de la Section Ordinale des Médecins Dentistes de la région d'Alger,  
Certifie que le Docteur : .....  
Inscrit au conseil de l'ordre sous le numéro : .....  
remplit les conditions légales pour effectuer un remplacement.

En conséquence la présente licencelui est délivrée en vue d'effectuer les formalités  
administratives nécessaires auprès des Autorités compétentes afin de remplacer :

Le Docteur : .....

Exerçant à :

.....  
.....

Inscrit à l'ordre sous le numéro : .....

Motif du remplacement :

.....  
.....  
.....

Pour une durée de ..... à partir du ...../...../..... Jusqu'à ...../...../.....

Le Président de la SORMD d'Alger